

Ansökningsblankett

För Ung med psoriasis klimatvård 2023

Ansökningsblanketten skall postas in tillsammans med läkarintyget. I vissa fall postar mottagningen läkarintyget direkt till Ung med psoriasis, om så är ditt fall postar du ansökningsblanketten separat och meddelar oss under rubriken "övriga upplysningar" att läkarintyg kommer separat. Om du fått en sen läkartid och önskar skicka in din ansökningsblankett innan din läkartid notera i ansökan datum samt tid för denne. Observera att platserna är begränsade. Uttagna deltagare meddelas via telefon och får i samband med det ytterligare information gällande resan. Vid frågor kontakta oss på mail: ungmedpsoriasis@psoung.se

Fullständigt namn <i>(Namnet måste överensstämma med namnet i ditt pass)</i>	Personnummer <i>(åååå-mm-dd-nnnn)</i>
--	---------------------------------------

Adress	
Postnummer	Ort
Mobilnummer	Tele bostad <i>(även riktnummer)</i>
E-post	

Val av flygplats

Fyll i rutorna nedan med siffror där siffran 1 är den flygplats du helst önskar att resa från och siffran 3 är den flygplats du minst önskar resa från. *(Observera att detta enbart är ett önskemål och att flygplats kan komma att ändras)*

<input type="checkbox"/>	Arlanda	<input type="checkbox"/>	Landvetter	<input type="checkbox"/>	Kastrup
--------------------------	---------	--------------------------	------------	--------------------------	---------

Medhavda läkemedel under behandlingsresan

Det är viktigt för oss att veta om du kommer ta med dig läkemedel på klimatvården och i så fall vilka läkemedel. Detta gäller **alla typer av läkemedel** oavsett om dem är receptbelagda eller ej. Vänligen specificera medtagna läkemedel nedan.

Läkemedelsnamn	Beredningsform <i>(Ex tablett)</i>	Styrka <i>(Ex 500mg/ml)</i>	Dosering <i>(Ex 5ml 3 ggr/dag)</i>	Anledning till läkemedel

Närmast anhörig

Kontaktas vid situationer som bedöms akut eller där det bedöms vara av vikt. Nämn person skall vara en vidtalad/informerad vuxen person.

Fullständigt namn		Titel <i>(ex mamma)</i>	
Mobilnummer	E-post		
Fullständigt namn		Titel <i>(ex mamma)</i>	
Mobilnummer	E-post		

Sjukskrivning

Då klimatvård jämförs med att bli inlagd på sjukhus kan en därför sjukskriva sig i samband med resan. För att läsa mer om hur man ansöker om sjukskrivning vänligen besök www.ungmedpsoriasis.se. Ung med psoriasis kan hjälpa dig som önskar sjukskriva sig med styrkande underlag. Kryssa i nedan om du önskar få styrkande underlag.

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------

Reseskydd

Med anledning av Covid-19 kräver Ung med psoriasis att alla som deltar på klimatvården har en egen försäkring där reseskydd i utlandet ingår. Kontakta därför ditt försäkringsbolag och ta reda på vad som gäller för just dig.

I vilket bolag är du försäkrad?	Ingår reseskydd i utlandet i din försäkring?
Uppge försäkringsnummer för den försäkring där reseskydd i utlandet ingår för dig	

Övriga upplysningar

Finns det något annat du anser vara bra för oss att veta? *(ex kost, allergier, läkarintyg m.m)*

Vaccination Covid-19

Är du vaccinerad mot Covid-19?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Vilket/vilka vaccin har du fått? <i>(ex Pfizer)</i>		
Hur många doser vaccin har du tagit? <i>Skriv även datum och vilken dos du skall ta om du har en bokad tid för vaccination)</i>		

Föräldraförsäkran

(endast för minderårig patient till Ung med psoriasis klimatvårdsresa)

Jag känner till att mitt barn är helförsäkrat mot olycksfall under resan. Ledare samt sjuksyster är med och ansvarar under hela resan. De minderåriga får inte vara utanför rehabiliteringsanläggningen själva efter 23:00 utan överseende av myndig person. De får heller ej lämna rehabiliteringsanläggningen efter soltid utan ledarnas medgivande.

Jag accepterar att mitt barn (namn): _____ reser med på Ung med psoriasis klimatvårdsresa under tre veckor 2023. Jag är medveten om att jag är juridiskt ansvarig för mitt barn under vistelsen.

Ort	Datum ^(åååå-mm-dd)
Namnsteckning	Namnförtydligande

Patientintyg

Får Ung med psoriasis din tillåtelse att kontakta dina närstående (Föräldrar, partner, närmast anhörig) om behovet skulle uppstå innan, under samt efter din rehabiliteringsresa?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
-----------------------------	------------------------------

Bekräftelse

Jag intygar att ovanstående uppgifter stämmer. Vid bifall av ansökan accepterar jag min antagning och kommer åka med på Ung med psoriasis klimatvård.

Jag känner till att Ung med psoriasis har en alkohol- och drogfri policy och jag kommer avhålla mig från alla slags alkohol och droger under vårdtiden. Bryter jag mot ovanstående och vidare utnämnda regler avbryts min resa och jag måste själv stå för kostnaderna av flygresan och eventuella extrakostnader vid hemresa. I samband med min bekräftelse godkänner jag de regler, krav och förbindelser som gäller för Klimatvården 2023, för att läsa mer om regler och krav vänligen besök www.ungmedpsoriasis.se

Ort	Datum ^(åååå-mm-dd)
Namnsteckning	Namnförtydligande

Ansökan postas till Förbundet Ung med psoriasis, Järnvägsgatan 36, 131 54 Nacka